

Qualitätsbericht

für das Jahr 2020

Moritz Klinik GmbH & amp; Co. KG

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Jahr 2020

Übermittelt am: 12.11.2021

Automatisiert erstellt am: 24.01.2022

Auftraggeber: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.



Vorwort

Krankenhäuser, die für die Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind (§ 108 SGB V), müssen jedes Jahr strukturierte Qualitätsberichte erstellen (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Die Berichte sollen Patienten dabei helfen, ein für die Behandlung ihrer Erkrankung geeignetes Krankenhaus zu finden. Ärzte und Krankenversicherungen können Patienten mit Hilfe der Berichte leichter Empfehlungen für geeignete Krankenhäuser aussprechen. Zudem dienen die Qualitätsberichte Krankenhäusern als Informationsplattform, um Behandlungsschwerpunkte, Serviceangebote und Ergebnisse der Qualitätssicherung öffentlich darstellen zu können.

Die Qualitätsberichte werden nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgestaltet. Neben allgemeinen Informationen zum Versorgungsangebot eines Krankenhauses (u. a. Anzahl der Betten, Fallzahlen, apparative und personelle Ausstattung) werden auch spezielle Daten der Fachabteilungen und Qualitätsindikatoren erhoben.

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

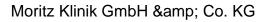
Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Bericht Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen "—" bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.



<u>Inhaltsverzeichnis</u>

-	Einleitung	
Α	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	12
A-10	Gesamtfallzahlen	12
A-11	Personal des Krankenhauses	12
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	20
A-13	Besondere apparative Ausstattung	30
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 13 Absatz 4 SGB V	
В	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilung	gen 32
B-1	Neurologie Phase B	32
С	Qualitätssicherung	45
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	45
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	88
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DN nach § 137f SGB V	,
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssich	





C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer SGB V	
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	88
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz Satz 1 Nummer 1 SGB V	
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	90
-	Anhang	91
Diagnosen zu	B-1.6	91
Prozeduren zu	u B-1.7	92



- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts		
Funktion	Geschäftsführung	
Titel, Vorname, Name	Christoph Essmann	
Telefon	036601/49-441	
Fax	036601/49-449	
E-Mail	zentrale@moritz-klinik.de	

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts		
Funktion Medizincontrolling		
Titel, Vorname, Name	Anita Seidemann	
Telefon	036601/49-472	
Fax	036601/49-449	
E-Mail	anita.seidemann@moritz-klinik.de	

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: https://www.moritz-klinik.de/
Link zu weiterführenden Informationen: https://www.ugos.de/

Link	Beschreibung
https://www.moritz-klinik.de/ueber-uns/aktuelles/	Aktuelle Informationen aus der Moritz Klinik
https://www.moritz-klinik.de/karriere.html	Informationen zur Karriere in der Moritz Klinik



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus		
Krankenhausname	Moritz Klinik GmbH & Co. KG	
Hausanschrift	Hermann-Sachse-Straße 46 07639 Bad Klosterlausnitz	
Zentrales Telefon	036601/49-0	
Zentrale E-Mail	zentrale@moritz-klinik.de	
Postanschrift	Hermann-Sachse-Straße 46 07639 Bad Klosterlausnitz	
Institutionskennzeichen	261601009	
Standortnummer aus dem Standortregister	772184000	
Standortnummer (alt)	00	
URL	http://www.moritz-klinik.de/	

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin		
Funktion	Chefarzt	
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Farsin Hamzei	
Telefon	036601/49-471	
Fax	036601/49-469	
E-Mail	neuro@moritz-klinik.de	



Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin		
Funktion	Pflegedienstleitung	
Titel, Vorname, Name	B. sc. Pflegeleitung Silke Radeck	
Telefon	036601/49-444	
Fax	036601/49-449	
E-Mail	zentrale@moritz-klinik.de	

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Verwaltungsleitung	
Titel, Vorname, Name	Thomas Eisenla	
Telefon	036601/49-441	
Fax	036601/49-449	
E-Mail	zentrale@moritz-klinik.de	

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger		
Name	Moritz Klinik Beteiligungs GmbH	
Art	Privat	

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie		
Psychiatrisches Krankenhaus	Nein	
Regionale Versorgungsverpflichtung	Nein	



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP27	Musiktherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP25	Massage	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP06	Basale Stimulation	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Angehörigenschulung, Seelsorge
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP51	Wundmanagement	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP45	Stomatherapie/-beratung	



MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliother apie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP21	Kinästhetik	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Begleitdienst für Patientinnen und Patienten
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		nach Verfügbarkeit
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		



NM42	Seelsorge	auf Wunsch kann ein Termin mit den Kirchengemeinden abgestimmt werden
NM69	Information zu weiteren nicht- medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen		
Funktion	Verwaltungsleitung	
Titel, Vorname, Name	Thomas Eisenla	
Telefon	036601/49-441	
Fax	036601/49-449	
E-Mail	zentrale@moritz-klinik.de	

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	nur gegen Kostenerstattung durch den Kostenträger oder Patienten
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	bei mehr als 130 kg bitte um frühzeitige Anmeldung
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF23	Allergenarme Zimmer	bitte um frühzeitige Mitteilung
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	



BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Famulaturen
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Zusammenarbeit mit Uniklinik Jena, Friedrich- Schiller-Universität Jena, Uniklinikum Freiburg, Uniklinikum Greifswald, Ernst-Abbe Fachhochschule Jena
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinischwissenschaftlichen Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Der Chefarzt ist Lehrstuhlinhaber für Neurologische Rehabilitation an der Universität Jena
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	



A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	in Kooperation mit div. Fachschulen der Region
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	in Kooperation mit div. Fachschulen der Region
HB09	Logopädin und Logopäde	in Kooperation mit div. Fachschulen der Region
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	in Kooperation mit div. Fachschulen der Region

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	52

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle		
Vollstationäre Fallzahl	479	
Teilstationäre Fallzahl	0	
Ambulante Fallzahl	0	

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,95



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,95	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,95	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,11	
Nicht Direkt	0	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

<u>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften</u>

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 40,77



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	40,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,94	
Nicht Direkt	7,83	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 8,93

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,93	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 4,12



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,12	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 32,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	32,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,7	
Nicht Direkt	0	

<u>Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</u>

Anzahl: 0

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

<u>Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen</u>

Anzahl Vollkräfte: 0



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP14 - Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Anzahl Vollkräfte: 2,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,56	
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,25



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 1

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

<u>SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinischtechnischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)</u>

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 1,63

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,63	
Nicht Direkt	0	



SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 16,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,32	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 9,31

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,31	
Nicht Direkt	0	



A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements		
Funktion	Verwaltungsleitung	
Titel, Vorname, Name	Thomas Eisenla	
Telefon	036601/49-441	
Fax	036601/49-449	
E-Mail	zentrale@moritz-klinik.de	

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium		
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Die Unternehmensgruppe verfügt über ein übergeordnetes Qualitätsmanagement. In der Klinik selbst ist die Geschäftsführung mit verschiedenen Fachleuten der einzelnen Professionalitäten zu einem Qulitätsmanagement zusammengeführt. (Moderatoren)	
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich	

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement		
Funktion	Verwaltungsleitung	
Titel, Vorname, Name	Thomas Eisenla	
Telefon	036601/49-441	
Fax	036601/49-449	
E-Mail	zentrale@moritz-klinik.de	



A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe		
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement	
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, alle Therapiebereiche je nach Anforderungen unterstützt durch Fachleute der Krankenhaushygiene, der Haustechnik oder anderer Berufsgruppen.	
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich	

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Qualitätsmanagement (inkl. Risikomanagement) Datum: 18.08.2020
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement (inkl. Risikomanagement) Datum: 18.08.2020
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement (inkl. Risikomanagement) Datum: 18.08.2020
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement (inkl. Risikomanagement) Datum: 18.08.2020
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement (inkl. Risikomanagement) Datum: 18.08.2020
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement (inkl. Risikomanagement) Datum: 18.08.2020



RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement (inkl. Risikomanagement) Datum: 18.08.2020
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement (inkl. Risikomanagement) Datum: 18.08.2020

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

··· ·=		
Internes Fehlermeldesystem		
Internes Fehlermeldesystem	Ja	
Regelmäßige Bewertung	Ja	
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich	
Verbesserung Patientensicherheit	Regelmäßige Auswertungen verschiedener Meldungen wie z. B. Sturzereignisse, Medikamentenfehler (auch beinahe Fehler) etc.	

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	17.04.2014
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	halbjährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich



Nr.	Instrument und Maßnahme
EF00	Aktionsbündnis "Patientensicherheit"

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Externe Betreuung durch Krankenhaushygienikerin der Universitätsklinik Jena / Fa. Hycom
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	3	Hygienebeauftragte Ärzte der neurologischen Phase B sind der zuständige Chefarzt sowie der verantwortliche Oberarzt der Phase B
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention "Hygienefachkräfte" (HFK)	1	Die hausinterne Hygienefachkraft - unterstützt durch ein Team von hygienebeauftragten Mitarbeitern der verschiedenen Professionalitäten
Hygienebeauftragte in der Pflege	2	Unterstützt durch verschiedene exam. Pfleger der verschiedenen Fachabteilungen

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Chefarzt Neurologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Farsin Hamzei
Telefon	036601/49-471
E-Mail	neuro@moritz-klinik.de



A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist. — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimit tel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe		
Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt	

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel		
Der Standard liegt vor	Ja	
Der interne Standard thematis	siert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja	
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja	
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja	
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja	
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Ja	
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimit tel-/Hygienekom. autorisiert	Ja	



A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektion (ml/Patiententag)		
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen		
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen wurde erhoben	keine Intensivstation vorhanden	
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen		
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen wurde erhoben	ja	
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen über alle Standorte	17,67	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	ja	

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes	Ja
Aufnahmescreening	
(aktuelle RKI-	
Empfehlungen)	

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro- Viren	Ja



A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus- Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	



Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	
Kommentar	

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion Verwaltungsleitung	
Titel, Vorname, Name	Thomas Eisenla
Telefon	036601/49-441
Fax	036601/49-449
E-Mail	zentrale@moritz-klinik.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements		
Link zum Bericht		
Kommentar		

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

r diomoniar opiconomicir oder i diomoniar opiconor	
Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher	
Funktion	zentrale@moritz-klinik.de
Titel, Vorname, Name	n. n. n.
Telefon	036601/49-441
Fax	036601/49-449
E-Mail	zentrale@moritz-klinik.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern		
Kommentar		



A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe	
Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherh eit austauscht?	Ja - Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Die Unternehmensgruppe verfügt über ein übergeordnetes Qualitätsmanagement. In der Klinik selbst ist die Geschäftsführung mit verschiedenen Fachleuten der einzelnen Professionalitäten zu einem Qulitätsmanagement zusammengeführt. (Moderatoren)
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Verwaltungsleitung
Titel, Vorname, Name	Thomas Eisenla
Telefon	036601/49-441
Fax	036601/49-449
E-Mail	zentrale@moritz-klinik.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0



Erläuterungen

Kooperation mit Krankenhausapotheke

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	 Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) CIRS (Critical Incident Reporting System)
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein



A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Nein



B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Neurologie Phase B

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Neurologie Phase B"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	2800
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Farsin Hamzei
Telefon	036601/49-471
Fax	036601/49-469
E-Mail	neuro@moritz-klinik.de
Straße/Nr	Hermann-Sachse-Straße 46
PLZ/Ort	07639 Bad Klosterlausnitz
Homepage	http://moritz-klinik.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VN21	Neurologische Frührehabilitation

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	479
Teilstationäre Fallzahl	0



B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

ADC (Aphasie- und Dysphagie-Centrum)	
Ambulanzart	Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie) (AM16)

VMC (Verkehrsmedizinisches Centrum), MOKO (Mobiles Kognitives Centrum)		
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)	

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,95

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,95	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,95	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 48,1407

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 116,54501

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatrie
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF40	Sozialmedizin



B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

<u>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in</u> Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 40,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	40,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,94	
Nicht Direkt	7,83	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 11,74883

<u>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften</u>

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,93

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,93	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 53,63942

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 116,26214

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 32,7



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	32,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 14,64832

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

<u>Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</u>

Anzahl: 0



Anzahl stationäre Fälle je Person: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ13	Hygienefachkraft
PQ17	Pflege in der Rehabilitation
PQ20	Praxisanleitung
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP08	Kinästhetik



ZP24	Deeskalationstraining
ZP20	Palliative Care
ZP01	Basale Stimulation
ZP16	Wundmanagement
ZP02	Bobath

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

<u>Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen</u>

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Anzahl Vollkräfte: 0

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

<u>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</u>

Anzahl Vollkräfte: 0

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 0

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	



C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentations- rate (%)	Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Ambulant erworbene Pneumonie	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft- Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentations- rate (%)	Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel	0	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren- Revision/Systemwechsel/Explantation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und – komponentenwechsel	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe	52	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirugie)	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentations- rate (%)	Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	0	— (vgl.Hinweis auf Seite2)	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[2] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[3] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[4] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[5] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[6] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[7] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[8] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[9] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[10] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[11] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[12] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[13] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[14] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[15] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[16] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[17] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[18] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[19] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[20] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[21] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[22] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[23] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[24] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[25] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[26] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[27] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[28] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[29] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[30] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[31] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[32] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[33] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[34] Ergebnisse der Qualitätssicherung



C-1.2.[35] Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [— (vgl. Hinweis auf Seite 2)]

I. Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

I.A Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden



Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Indikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera
	Grad/Kategorie 1)
Ergebnis-ID	52009
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Ve
Rechnerisches Ergebnis	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ 1,80
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)
Grundgesamtheit	432
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	5,00
Liwartote Lieiginose	0,00



Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Indikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Ergebnis-ID	52009
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Ergebnis auf Bundesebene	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Ergebnis-ID	52326
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis (%)	1,85
Bewertung durch Strukturierten Dialog	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Grundgesamtheit	432
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Ergebnis auf Bundesebene	0,33%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,94 - 3,61%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Ergebnis-ID	521801
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis (%)	0,00
Bewertung durch Strukturierten Dialog	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	(vgl. Hinweis auf Seite 2)
Ergebnis auf Bundesebene	0,06%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Indikators	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem
	stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Ergebnis-ID	52010
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis (%)	0,00
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)
Grundgesamtheit	432
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Ergebnis auf Bundesebene	0%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

- C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
- (vgl. Hinweis auf Seite 2)
- C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- (vgl. Hinweis auf Seite 2)
- C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

- C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr
- (vgl. Hinweis auf Seite 2)
- C-5.2 Angaben zum Prognosejahr
- C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr
- (vgl. Hinweis auf Seite 2)
- C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen
- (vgl. Hinweis auf Seite 2)
- C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)
- (vgl. Hinweis auf Seite 2)
- C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)
- (vgl. Hinweis auf Seite 2)
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V
- (vgl. Hinweis auf Seite 2)



C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	5
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	4
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	3



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflege- sensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezo- gener Erfül- lungs- grad	Ausnahme- tat- bestände	Kommentar
Neurologisc he Frührehabilit ation	Neuro FRB 1-7 PK	Nachtschicht	50,00%	1	Anzahl der Belegungstage / durchschn. Pat.belegung abweichend zur Quartalsmeldung, sachgerechte Datenausleitung zur Jahresmeldung
Neurologisc he Frührehabilit ation	Neuro FRB 1-7 PK	Tagschicht	100,00%	0	Anzahl der Belegungstage / durchschn. Pat.belegung abweichend zur Quartalsmeldung, sachgerechte Datenausleitung zur Jahresmeldung

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflege- sensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezo- gener Erfül- lungs- grad	Kommentar
Neurologisc he Frührehabilit ation	Neuro FRB 1-7 PK	Nachtschicht	40,00%	Anzahl der Belegungstage / durchschn. Pat.belegung abweichend zur Quartalsmeldung, sachgerechte Datenausleitung zur Jahresmeldung
Neurologisc he Frührehabilit ation	Neuro FRB 1-7 PK	Tagschicht	76,67%	Anzahl der Belegungstage / durchschn. Pat.belegung abweichend zur Quartalsmeldung, sachgerechte Datenausleitung zur Jahresmeldung



- Anhang

Diagnose	en zu B-1.6			
ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung		
163.4	180	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien		
163.3	72	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien		
163.0	34	Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien		
161.0	31	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal		
G72.80	19	Critical-illness-Myopathie		
163.1	16	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien		
S06.5	13	Traumatische subdurale Blutung		
l61.5	10	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung		
l61.8	8	Sonstige intrazerebrale Blutung		
163.5	8	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose		
		zerebraler Arterien		
l61.4	6	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn		
G61.0	5	Guillain-Barré-Syndrom		
G81.1	5	Spastische Hemiparese und Hemiplegie		
G82.01	5	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette		
		Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese		
163.8	5	Sonstiger Hirninfarkt		
G04.2	4	Bakterielle Meningoenzephalitis und Meningomyelitis, anderenorts		
l61.1	4	nicht klassifiziert		
C71.1	(Datenschutz)	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal Bösartige Neubildung: Frontallappen		
C71.1	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Temporallappen		
C71.2	(Datenschutz)	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend		
D32.0	(Datenschutz)	Gutartige Neubildung: Hirnhäute		
D32.0	(Datenschutz)	Gutartige Neubildung: Gehirn, supratentoriell		
F04	(Datenschutz)	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder		
гu 4	(Daterischutz)	andere psychotrope Substanzen bedingt		
G04.8	(Datenschutz)	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis		
G35.10	(Datenschutz)	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne		
	(,	Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression		
G35.31	(Datenschutz)	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe		
		einer akuten Exazerbation oder Progression		
G57.3	(Datenschutz)	Läsion des N. fibularis (peronaeus) communis		
G62.80	(Datenschutz)	Critical-illness-Polyneuropathie		
G70.0	(Datenschutz)	Myasthenia gravis		
G82.03	(Datenschutz)	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette		
		Querschnittlähmung		
G82.09	(Datenschutz)	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet		
G82.31	(Datenschutz)	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette		
000.00	(Datanaskuts)	Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese		
G82.33	(Datenschutz)	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung		
G82.39	(Datenschutz)	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet		
302.00	(Daterisonatz)	Comano Tottaparoso una Tottapiogio. Mont nanei Dezelonnet		



Diagnose	en zu B-1.6	
ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
G82.43	(Datenschutz)	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G91.1	(Datenschutz)	Hydrocephalus occlusus
G93.1	(Datenschutz)	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert
G93.6	(Datenschutz)	Hirnödem
G93.80	(Datenschutz)	Apallisches Syndrom
G93.88	(Datenschutz)	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns
G95.10	(Datenschutz)	Nichttraumatische spinale Blutung
G95.18	(Datenschutz)	Sonstige vaskuläre Myelopathien
160.1	(Datenschutz)	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend
160.2	(Datenschutz)	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend
160.5	(Datenschutz)	Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend
l61.2	(Datenschutz)	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet
163.2	(Datenschutz)	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien
166.3	(Datenschutz)	Verschluss und Stenose der Aa. cerebelli
167.6	(Datenschutz)	Nichteitrige Thrombose des intrakraniellen Venensystems
S06.21	(Datenschutz)	Diffuse Hirnkontusionen
S06.33	(Datenschutz)	Umschriebenes zerebrales Hämatom
S06.6	(Datenschutz)	Traumatische subarachnoidale Blutung
S06.8	(Datenschutz)	Sonstige intrakranielle Verletzungen

Prozedur	en zu B-1.7	
OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
1-207.0	112	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)
8-552.9	106	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage
9-984.b	92	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad
8-552.8	87	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage
8-552.7	86	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage
8-017.2	69	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage
9-984.7	64	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
8-552.6	52	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage
8-552.5	38	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
3-200	36	Native Computertomographie des Schädels
9-200.1	31	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte
9-984.8	31	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
9-200.01	22	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte



Prozedu	ren zu B-1.7			
OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung		
9-200.02	20	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte		
9-200.5	19	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte		
5-431.20	18	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode		
9-200.6	17	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte		
8-552.0	16	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage		
8-390.1	15	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage		
9-984.6	14	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1		
9-984.9	13	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4		
8-017.1	12	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage		
9-200.7	12	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte		
8-017.0	10	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage		
9-200.9	9	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte		
1-613	8	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop		
8-98g.12	8	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage		
9-200.e	8	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 362 oder mehr Aufwandspunkte		
9-984.a	7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5		
9-200.8	6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte		
8-98g.11	5	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage		
8-700.1	4	Offenhalten der oberen Atemwege: Durch nasopharyngealen Tubus		
8-771	4	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation		
1-208.2	(Datenschutz)	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]		
3-202	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Thorax		
3-207	(Datenschutz)	Native Computertomographie des Abdomens		
3-220	(Datenschutz)	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel		
3-800	(Datenschutz)	Native Magnetresonanztomographie des Schädels		
3-990	(Datenschutz)	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung		
6-001.g8	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Imatinib, oral: 8.800 mg bis unter 11.200 mg		
6-001.g9	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Imatinib, oral: 11.200 mg bis unter 13.600 mg		



Prozeduren zu B-1.7		
OPS-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
6-002.e6	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral: 1.500 mg bis unter 1.750 mg
6-002.p6	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 300 mg bis unter 350 mg
6-003.8	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Botulinumtoxin
6-006.2e	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Abirateronacetat, oral: 45.000 mg bis unter 48.000 mg
6-007.69	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Enzalutamid, oral: 4.800 mg bis unter 5.280 mg
6-007.a	(Datenschutz)	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Pomalidomid, oral
8-011.1	(Datenschutz)	Intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medikamenten durch Medikamentenpumpen: Wiederbefüllung einer implantierten Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate
8-018.0	(Datenschutz)	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-123.1	(Datenschutz)	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung
8-133.0	(Datenschutz)	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel
8-133.1	(Datenschutz)	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Entfernung
8-190.23	(Datenschutz)	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Mehr als 21 Tage
8-191.10	(Datenschutz)	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad
8-192.1d	(Datenschutz)	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Gesäß
8-192.1f	(Datenschutz)	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel
8-192.1g	(Datenschutz)	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Fuß
8-700.0	(Datenschutz)	Offenhalten der oberen Atemwege: Durch oropharyngealen Tubus
8-831.0	(Datenschutz)	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen
8-98g.13	(Datenschutz)	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage
8-98g.14	(Datenschutz)	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage
9-200.a	(Datenschutz)	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 246 bis 274 Aufwandspunkte
9-200.b	(Datenschutz)	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 275 bis 303 Aufwandspunkte
9-200.c	(Datenschutz)	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 304 bis 332 Aufwandspunkte
9-200.d	(Datenschutz)	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 333 bis 361 Aufwandspunkte





Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) kommt den Informationspflichten nach § 6 Telemediengesetz (TMG) nach und ist bemüht für die Richtigkeit und Aktualität aller auf seiner Website www.derprivatpatient.de enthaltenen Informationen und Daten zu sorgen. Eine Haftung oder Garantie für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen und Daten ist jedoch ausgeschlossen. Der PKV-Verband behält sich vor, ohne Ankündigung Änderungen oder Ergänzungen der bereitgestellten Informationen oder Daten vorzunehmen.

PKV-Standorte

Köln Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln Postfach 51 10 40 50946 Köln

Büro Berlin Heidestraße 40 10557 Berlin Telefon +49 30 204589-66 Telefax +49 30 204589-33

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt mit der Software "Qualitätsbericht" der Saatmann GmbH (www.saatmann.de).